N° 83.

AVANTAGES PRATIQUES
DE L'ÉTHER ET DU CHLOROFORME
COMME ACINÉSIQUES MUSCULAIRES ;
DE LEUR EMPLOI DANS LA RÉDUCTION DES LUXATIONS.



PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 21 AOUT 1850;

PAR

***Alphonse GERIN*,**

de Rives (Isère);

Ex-Chirurgien interne des Hôpitaux civils de Lyon.

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine.

N'oublions pas que notre mission est une mission de paix, d'humanité, de conservation ; que devant cette haute mission disparaissent toutes distinctions de peuples, de condition sociale, de parti, d'opinions ; que le médecin appartient à l'humanité tout entière, et non à une fraction.

Cruveilhier, *Disc. sur les devoirs du médecin.*

MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE RICARD FRÈRES, PLAN D'ENCIVADE, 3.

—

1850.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE.

A MA BONNE MÈRE.

Tendresse filiale.

A MA FAMILLE.

Amitié, dévouement.

Alph^se^. GERIN.

A Monsieur BARRIER,

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOTEL-DIEU DE LYON.

A vous, Monsieur, qui nous apprîtes à aimer la science et l'humanité.

Alph[se]. GERIN.

AVANTAGES PRATIQUES

DE L'ÉTHER ET DU CHLOROFORME

COMME ACINÉSIQUES (1) MUSCULAIRES ;

DE LEUR EMPLOI DANS LA RÉDUCTION DES LUXATIONS.

Les plus grandes difficultés, dans la réduction des luxations, viennent de la résistance des muscles.

(ASTLEY COOPER, *OEuvres chirurgicales.*)

Avant d'aborder directement notre sujet, nous dirons, en peu de mots, comment reçut sa solution un problème qui intéressa de tout temps l'humanité des gens de l'art, l'*anéantissement de la douleur dans les opérations chirurgicales.*

Une foule de moyens furent proposés, par les chirurgiens de toutes les époques, dans l'espérance d'atteindre ce but.

---

(1) M. Bouchacourt propose le mot acinésie de α privatif, χινησισ mouvement, pour désigner l'annihilation de la faculté motrice qui succède le plus souvent à l'anesthésie.

La compression des veines jugulaires était employée, chez les Assyriens, pour diminuer les douleurs de la circoncision chez les hommes faits et les jeunes gens. (Monfalcon, Dictionnaire des sciences médicales, article *opérations.*)

Paul d'Égine, Jean de Vigo, Fabrice d'Aquapendente, conseillaient, pour éviter les souffrances cruelles de l'amputation, de retrancher le membre sphacélé dans l'épaisseur des tissus privés de vie.

La belladone, la ciguë, la jusquiame, le *datura stramonium*, furent administrés, à l'intérieur, sous forme de potion, de pilules; à l'extérieur, en bains, en frictions sur les organes qui devaient être le siége d'opérations douloureuses.

James Moore, chirurgien anglais, publia, en 1774, son traité ayant pour titre : *De la douleur dans les opérations.* Il indiqua, dans son ouvrage, une méthode qui promettait de diminuer les douleurs atroces que font naître les amputations. Au moyen d'un instrument semblable au compresseur de Dupuytren, il comprimait le nerf sciatique et le nerf crural pendant deux heures avant l'opération. Cette méthode rationnelle, fondée sur la connaissance de la propriété des nerfs, fut essayée par Hunter, et compte entre ses mains un succès presque complet; expérimentée par M. Malgaigne, elle trompa les espérances qu'elle avait fait naître.

M. Blandin pratiqua, il y a quelques années, l'amputation de la cuisse chez un homme ivre-mort, atteint d'une fracture du fémur avec lésion de l'artère crurale, sans que ce malheureux en ait eu connaissance.

En désespoir de cause, on s'adressa au merveilleux; mais le magnétisme ne produisit que rarement l'anesthésie; on croirait à peine à la vérité de quelques faits cités, si l'un des observateurs ne s'appelait M. Jules Cloquet.

L'expérience a refusé sa sanction au haschish des Orientaux et à bien d'autres moyens : tous ont été rejetés comme insuffisants, incertains, souvent nuisibles et même dangereux.

Alibert avait écrit : « Les éthers ont une propriété médicinale trèsmarquée, mais dont on n'a pas encore assez étudié les résultats. Ces

liquides agissent d'abord comme des stimulants du cerveau et du système nerveux, mais ils finissent par provoquer un état de stupeur, d'assoupissement et de somnolence..... J'ose l'assurer, il y a plus à découvrir qu'on ne croit sur le mode d'action de cet étonnant liquide. »

Le problème anesthésique reçut sa solution dans le mois de Décembre 1846. MM. Jakson et Morton publièrent à cette époque, dans le journal de médecine et de chirurgie de Boston, les observations de trois avulsions de dents et de deux amputations pratiquées dans l'hôpital desa Mssachussets, devant un nombreux amphithéâtre, pendant un état complet d'insensibilité obtenu chez cinq malades au moyen des vapeurs d'éther sulfurique introduites dans les voies respiratoires.

A l'époque où furent connus les phénomènes de l'éthérisation, M. Flourens pensa qu'on pourrait reproduire ces mêmes effets au moyen du chloroforme. Les résultats de ses expériences sur les animaux furent très-probants, et firent l'objet d'une communication à l'Académie des sciences, le 8 Mars 1847. C'est à M. J.-Y. Simpson, professeur d'accouchements à Édimbourg, que revient l'honneur d'avoir expérimenté le chloroforme sur l'homme, et de l'avoir fait accepter comme anesthésique.

Cette importante découverte eut le sort de toutes les grandes vérités. La première impression qu'elle produisit fut un doute que l'expérience dissipa bientôt. L'éthérisation eut ses détracteurs, à la tête desquels comptent MM. Magendie, Lallemand. M. Flourens regarda l'éther *comme un moyen merveilleux, mais terrible; le chloroforme, comme un moyen plus merveilleux, mais plus terrible.* L'Académie de médecine et des sciences s'occupèrent de la question; on cita des insuccès, des accidents. M. Velpeau en fit bonne justice quand il dit, à ce sujet, à l'Académie des sciences : « Sans doute il y a eu beaucoup d'insuccès dans les premières expériences; mais j'ai vu que la plupart de ces insuccès tenaient à la mauvaise manière de procéder. » Les nombreuses applications des agents anesthésiques ont confirmé cette manière de voir.

Du moment que les propriétés de l'éther et du chloroforme furent reconnues incontestables et moins dangereuses, on put mieux en étudier les effets et en multiplier les applications.

A l'agitation, aux convulsions qui caractérisent la période d'excitation produite par les inhalations éthérées, succèdent le repos, une espèce de paralysie étendue à tout le système de la vie animale : la sensibilité et la motilité sont frappées d'impuissance; le spasme, qui n'est qu'un effet, la conséquence de la contractilité musculaire, a disparu pour ne laisser, entre les mains du chirurgien, qu'un cadavre dont le cœur bat et le poumon respire. Les faisceaux charnus se détendent, les fibres aponévriques et tendineuses se relâchent, et tout le corps semble devenu d'une mobilité et d'une flaccidité anormales : l'on dirait, suivant l'expression de M. Bouchacourt : « que, descendu à un degré inférieur de l'échelle, privé de la double et caractéristique prérogative de vouloir et de sentir, l'organisme a été dépouillé, au même instant, de la puissance, de la sensibilité et du mouvement, se rapprochant, pendant quelques instants, de ces productions molles, insensibles et inertes, que les naturalistes hésitent à placer parmi les animaux ou les végétaux. »

Cette conséquence immédiate de l'éthérisation complète, ce collapsus musculaire dans lequel est jeté le malade, cette action sédative a été mise à contribution par les médecins et les chirurgiens; elle constitue un des plus grands avantages de la méthode anesthésique.

Les inhalations éthérées furent conseillées, dans le tétanos, par le docteur Frank, du Caire; dirigées contre l'épilepsie, elles en amoindrirent les accès, en éloignèrent le retour. M. Carron-du-Villards a proposé l'éthérisation dans l'hydrophobie confirmée; enfin, pour être complet, il nous faudrait énumérer toutes les maladies convulsives.

Dans une épidémie de méningites cérébro-spinales, M. Besseron, médecin en chef de l'hôpital de Mustapha, employa, contre l'insomnie et la rigidité musculaire, les inspirations d'éther, d'après les mêmes principes qui guident dans l'emploi du tartre stibié à haute dose.

On sait que certains conscrits, dans le but de se soustraire à la loi

du recrutement, simulent certaines affections avec tant d'adresse, qu'ils mettent souvent en défaut le conseil de révision. D'un autre côté, on sait que des affections réelles peuvent être prises pour des maladies simulées, et entraîner le conseil de révision dans une voie non moins regrettable. M. Baudens eut l'idée d'appliquer les inhalations d'éther à deux faits de cette nature, appartenant à l'une et à l'autre de ces deux catégories.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un conscrit qui se présenta au conseil avec une voussure du dos des plus prononcées. La simulation ayant été soupçonnée, ce jeune soldat avait été soumis à une foule d'épreuves qui toutes avaient échoué. On le soumit aux inhalations des vapeurs d'éther. Au bout de quelques minutes, tous les membres tombèrent dans un état de résolution complète, et la difformité disparut. La ruse, dès lors, fut constatée.

Dans un second cas, une ankylose complète de l'articulation coxo-fémorale persista avec tous ses caractères et au même degré, malgré l'éthérisation préalable, et la maladie fut reconnue réelle.

Le professeur Bouisson, dans un mémoire intitulé : *de l'éthérisation considérée dans certains rapports avec la médecine légale* (Gazette Médicale, 21 Août 1847), a fait ressortir tout le parti qu'on pourrait tirer d'un semblable moyen dans les maladies simulées par imitation. *Le mutisme*, *le bégaiement*, *les contractures musculaires*, céderont à l'éther.

L'obstétrique réclama sa part de la méthode anesthésique. M. Simpson signala le premier son emploi dans les accouchements, et ses applications devinrent nombreuses. On se persuada un moment que l'art venant donner un démenti à la Bible, la femme enfanterait désormais *sans douleur*. Un poète avait déjà célébré l'éther qui devait transformer les tourments de Lucine. Plus respectueux en la parole sainte, nous séparant sur ce point de la pratique des chirurgiens anglais, nous proscrivons d'une manière générale l'éther appliqué dans l'acte naturel de l'accouchement. Mais si le travail se fait dans des conditions morbides, si la douleur est extrême, si elle menace la femme d'épuisement, si des convulsions ou d'autres accidents nerveux lui succèdent, si des complications accidentelles exigent la version, l'application du

2

forceps ; pour conjurer ces souffrances anormales, pour diminuer ou anéantir les spasmes musculaires qu'il est du devoir du médecin de modérer et de combattre, nous croyons, avec le professeur Bouisson, que l'éther fournira un précieux moyen tocologique.

Le relâchement musculaire était une question essentiellement chirurgicale ; et si les judicieuses observations de Serre de Montpellier ont été suffisantes pour proscrire les inhalations éthérées proposées par M. Leroy-d'Étiolles dans l'opération de la lithotritie ; si certaines sections tendineuses semblent contre-indiquer leur emploi ; si la contraction d'un muscle peut devenir le guide du chirurgien dans la pratique de certaines ligatures, ce sont là des objections qui n'ont pas toutes la même valeur ; ce sont des exceptions à la règle.

La réduction d'une hernie dépend souvent du relâchement des muscles abdominaux : dans des circonstances semblables, nous avons vu l'éther réussir.

M. Barrier, notre maître, nous a souvent fait observer combien le relâchement des sphincters de l'anus simplifiait les opérations qu'on avait à pratiquer dans l'intérieur du rectum ; les efforts auxquels peut se livrer le malade sont le plus souvent inutiles ou insuffisants.

Dans quelques cas, les contractions musculaires instinctives ou réveillées par la douleur opposent un obstacle à la réduction des fractures : on conçoit que la méthode anesthésique aura le double but d'anéantir la douleur et de détourner l'attention du patient. M. Colrat, ex-chirurgien en chef de la Charité, était dans l'habitude, avant de poser tout appareil de fracture, de s'assurer de la docilité de ses petits malades en les endormant préalablement.

Dans les luxations, le chirurgien est souvent arrêté par une résistance presque invincible ; souvent, malgré ses efforts, des luxations de la cuisse, du coude, du genou, du pouce, etc., sont restées irréductibles, bien qu'on eût tenté d'y remédier de bonne heure ; maintes fois aussi des fractures du cubitus, de l'humérus, du col du fémur, ont été la conséquence de forces réductrices qu'on essayait de proportionner aux forces résistantes. C'est pour des opérations semblables, non moins difficiles pour le chirurgien, et non moins

douloureuses pour les malades, que l'éther devait fonder une nouvelle méthode essentiellement active : apprécier ses avantages dans la réduction des luxations, tel est notre principal but.

Les plus grandes difficultés dans la réduction des luxations, écrit Astley Cooper, viennent de la résistance des muscles. L'intensité de la contraction musculaire est proportionnée à l'espace de temps qui s'est écoulé depuis l'accident.

Analysons les faits. Une luxation se produit; les os changent de rapport, et, avec eux, les muscles, les ligaments, les vaisseaux et les nerfs. Contus par la force traumatique, les muscles sont distendus, écartés et refoulés au moment de la disjonction des surfaces articulaires; quelques-unes de leurs fibres se déchirent; toutes sont irritées ou stimulées anormalement; la douleur survient, et, après elle, le spasme et la contracture. Ce mode continu de contraction augmente avec l'étendue du déplacement, de la congestion sanguine et de l'inflammation secondaire. La rigidité musculaire reconnaît donc une double cause : la contusion, suite de l'effort qui a produit la luxation, et le tiraillement, la distension musculaire qui en sont la conséquence. Cette distension détermine le développement d'une autre propriété musculaire, la rétraction. Certains muscles, distendus et allongés au moment de la séparation des surfaces articulaires, se raccourcissent après l'accident, par le rapprochement de leurs points d'insertion; ils ne restent pas alors dans un état d'inertie et de flaccidité : moins puissante que pendant leur distension, cette rétraction augmente avec l'ancienneté du déplacement. Les belles recherches de M. Jules Guérin ne laissant plus aucun doute à cet égard, viennent justifier le précepte de procéder à la réduction dans le plus court délai possible.

Que cet état de spasme musculaire soit une conséquence de ces *mouvements réflexes* entrevus la première fois par Willis, connus de Barthez, enseignés par le professeur Lordat, et récemment étudiés par Marschall Hall et Muller, ou bien un simple effet de la mise en jeu des propriétés vitales admises par Bichat, il n'en est pas moins

vrai que le résultat final est de maintenir l'os déplacé dans une position anormale.

2° Un second obstacle à la réduction des luxations sont les rapports nouveaux, l'engrènement des éminences et des dépressions osseuses ; mais, il faut le dire, la contraction musculaire détruite, cet obstacle cesse d'être sérieux.

3° Desault a surtout fixé l'attention sur l'importance du tissu fibreux dans la question qui nous occupe. Dans les articulations ginglymoïdales et arthrodiales, les ligaments périphériques et inter-osseux, lorsqu'il en existe, éprouvent une solution de continuité qui est en rapport avec le sens et l'étendue du déplacement. Si la luxation s'est effectuée dans le sens des mouvements, les ligaments latéraux peuvent être en partie conservés : dans les luxations complètes et latérales des ginglymes, ainsi que dans celles des arthrodies, les ligaments peuvent être arrachés ou rompus, et ne sont plus une difficulté pour la réduction. Les capsules fibreuses des articulations orbiculaires présentent ordinairement une large fente, tantôt régulière, tantôt frangée, le plus ordinairement contiguë, et parallèle à l'insertion des toiles fibreuses. La tête osseuse a pu s'échapper par cette fente, se déboîter, pour employer l'expression exacte et pittoresque du vulgaire. Desault pensait que la déchirure de la capsule peut quelquefois être très-étroite et jouer alors le rôle d'une boutonnière trop juste, qui, après avoir livré passage à la tête osseuse, ne lui permet plus de repasser à sa place, et le lui permet d'autant moins qu'elle se trouve elle-même tiraillée, dans le sens de sa longueur, dans les efforts tentés pour la réduction. Nous serions tenté de croire que Boyer, Astley Cooper et la plupart des chirurgiens de nos jours, ont regardé cette disposition comme trop exceptionnelle. Les muscles qui entourent l'articulation ont des connexions très-intimes avec les capsules fibreuses; on a toujours de la peine à isoler complètement les fibres musculaires du tissu fibreux, et dès lors la contraction musculaire pourra contribuer à rétrécir l'ouverture qui a donné passage à l'extrémité osseuse.

Si, dans les luxations récentes, la nouvelle position des surfaces

osseuses arrêtées par ses apophyses, par les rebords des cavités, ne constitue qu'une difficulté secondaire; si l'obstacle qu'on rencontre du côté des ligaments, des capsules fibreuses en particulier, sont des conditions exceptionnelles et quelquefois dépendantes de l'action musculaire, c'est à neutraliser, à vaincre cette dernière résistance que doivent tendre les principaux efforts du chirurgien.

Sans oublier d'autres éléments de solidité, pour prouver ce que peuvent les contractions musculaires volontaires et instinctives, on peut citer le supplice de Damiens.

Cet homme fut exécuté pour avoir tenté d'assassiner Louis XV. Quatre jeunes chevaux furent attachés à ses jambes et à ses bras, et on leur faisait faire des efforts répétés pour séparer les membres du corps, sans pouvoir y parvenir. Après 50 minutes, les exécuteurs furent obligés de couper les muscles et les ligaments pour opérer le démembrement. On avait été obligé de faire la même chose pour Ravaillac, en 1610.

Nous croyons inutile de nous étendre longuement pour établir que les causes qui s'opposent ou favorisent la production des luxations, s'opposent ou en favorisent la réduction.

Tout en tenant compte, dit Astley Cooper, des violences extérieures et de la direction de l'os par rapport à la cavité qui le reçoit, il est nécessaire, pour que la luxation ait lieu, que les muscles soient surpris dans un état de relâchement.

On sait tout le parti que tirait Dupuytren des apostrophes qu'il adressait à ses malades, comme il profitait avantageusement de cette dérivation de la volonté pour réduire avec moins d'efforts les membres déplacés.

Sur 33 malades atteints de luxation, et que nous avons questionnés plus particulièrement pendant notre internat dans les hôpitaux de Lyon, 17 avaient dépassé, le jour de l'accident, une sage mesure dans l'ingestion des boissons. L'état d'ivresse, maintenant le système musculaire dans un état de relâchement qui empêche ou diminue les spasmes, tous les chirurgiens ont su profiter de cette circonstance pour la réduction des luxations.

La réduction peut être également facile au moment même de l'ac-

cident, lorsque le sujet se trouve dans un état de commotion et de résolution qui exerce sur la contraction musculaire la même action que l'ivresse.

Qu'une plaie du cerveau, de la moelle épinière, ou toute autre lésion, viennent à paralyser les muscles qui entourent l'articulation, la luxation se réduira de la même manière.

Pour réduire une luxation, le chirurgien a deux éléments à connaître, à combattre : le premier est tout physique, le second tout physiologique. Les connaissances anatomiques, en nous donnant une idée précise des surfaces osseuses, ont ouvert la voie aux perfectionnements mécaniques du traitement : les tractions furent mieux dirigées ; des machines en multiplièrent les forces en les régularisant ; un instrument particulier en indiqua la quantité déployée, etc. Le progrès à accomplir consistait surtout dans l'art d'éluder ou de supprimer les conditions physiologiques qui font obstacle au replacement des os luxés. En se livrant à des efforts pour surmonter la contraction des muscles, on suscite de la douleur ; celle-ci provoque de nouvelles contractions, et augmente la résistance. La thérapeutique des luxations, placée dans cette espèce de cercle vicieux, était imparfaite. Considérant la douleur comme une insurmontable nécessité, la chirurgie avait spécialement dirigé ses efforts vers l'annulation de la résistance musculaire.

La saignée poussée jusqu'à la syncope, l'administration de l'émétique à doses nauséeuses, la compression des troncs nerveux, l'ivresse et bien d'autres moyens, avaient été tentés.

Voici comment procédait Astley Cooper pour réduire la luxation du fémur dans la fosse iliaque :

« On doit tirer 12 à 20 onces de sang, et même davantage, si le malade est robuste ; ensuite placer celui-ci dans un bain à 100°, que l'on élève progressivement à 110° Farenheit, 41,3° centigrade, 34 2/3 Réaumur, jusqu'à ce qu'il tombe en syncope ; tandis qu'il est dans le bain, lui donner, de dix en dix minutes, un grain de tartre stibié jusqu'à ce qu'il éprouve quelques nausées ; puis le retirer du bain, et l'envelopper dans une couverture ; il faut ensuite le placer entre deux

poteaux éloignés l'un de l'autre de 10 pieds, et auxquels sont fixés des anneaux , etc.

« J'ai vu bien souvent employer ces moyens, dit le judicieux auteur des *Éléments de pathologie chirurgicale*; je les ai vu échouer bien des fois, et, dans le cas où la réduction a été obtenue, il était permis de se demander s'ils avaient beaucoup contribué au succès : car, dans ce cas, les ligaments avaient été soumis à des tractions répétées qui avaient bien pu les allonger; les muscles avaient également été distendus, fatigués. »

Ces moyens, n'atteignant le but que d'une manière imparfaite ou insuffisante, étaient loin de répondre aux désirs du chirurgien, et leur usage n'avait pu se généraliser.

« La découverte de la méthode anesthésique, dit le professeur Bouisson, a changé la face de la science sur ce point; elle s'est présentée avec des avantages si évidents, qu'il ne s'est pas élevé de sérieuses contestations sur la réalité du profit qu'on pouvait en tirer pour la réduction des luxations. Ici, en effet, la méthode remplit avec opportunité son double office : elle supprime la douleur et anéantit la résistance musculaire. »

L'emploi des anesthésiques dans la réduction des luxations, se présenta naturellement à l'esprit des chirurgiens : pendant que M. Parekmann l'appliquait en Amérique, M. Larrey à Paris, M. Barrier, à Lyon, la mettait en pratique, et aujourd'hui l'éthérisation constitue pour la plupart le premier temps de la réduction.

Quoiqu'il soit superflu aujourd'hui d'ajouter de nouveaux faits, afin de prouver la puissance de la méthode anesthésique pour le sujet qui nous occupe, nous citerons néanmoins, parmi les nombreuses observations que nous avons recueillies, quelques-unes de celles que nous croirons offrir quelque intérêt.

L'observation suivante est la première qui nous permit de constater l'action merveilleuse de l'éther dans la réduction des luxations; elle se présenta dans le service de M. Barrier, auquel nous étions attaché.

Luxation coxo-fémorale, en haut et en arrière ; sacro-iliaque de M. Gerdy. Éthérisation, grande facilité de réduction. Guérison.

Pierre Gendeau, âgé de 37 ans, cordonnier, né à Miribel (Ain), constitution vigoureuse, athlétique, était occupé à piocher du gravier, quand tout à coup survint un éboulement de terre. Pour l'éviter, il se jeta en arrière sur la jambe gauche, le corps étant incliné du même côté que cette jambe portée dans l'adduction. Il tomba de 2 mètres de hauteur, et se fit une luxation. Un médecin appelé constata le déplacement, essaya de réduire, mais inutilement; il adressa le malade à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

A son entrée, salle St-Louis, n° 74, service de M. Barrier, on reconnaît les phénomènes suivants. Le membre inférieur gauche est raccourci d'un pouce. La mensuration est difficile à cause du gonflement de la partie trochantérienne et de la direction des os. Le bout du pied et le genou sont tournés en dedans : légère flexion de la jambe et de la cuisse. Tout le fémur est porté en dedans; le genou se trouve sur un plan postérieur; sa face externe devient antérieure, et va se loger dans le creux du jarret opposé; le grand trochanter, situé en arrière de la cavité cotyloïde, est cependant tourné un peu en avant; la tête du fémur, logée dans le haut de l'échancrure sciatique, est obscurément sentie à travers l'épaisseur des téguments. Un pareil déplacement n'a pu avoir lieu sans déchirer le ligament capsulaire, peut-être le ligament rond et quelques fibres des fessiers. Les mouvements d'abduction et de rotation en dehors sont impossibles; celui d'extension est difficile et douloureux.

Le lendemain, 27 Mars 1847, on éthérise le malade; 12 minutes suffisent pour l'endormir. Des lacs sont fixés au genou malade au moyen de quelques tours de bande; ces lacs sont confiés à trois aides. Un autre lac est passé sous la cuisse saine; ses extrémités sont ramenées vers l'épaule du même côté, et fixées à une table solide. Un troisième lac assujettit le bassin, et le protége contre les efforts de traction; le malade est couché

sur un large banc. M. Barrier se place du côté gauche : au bout de 12 minutes d'éthérisation, la résolution musculaire est complète.

L'extension est faite de dehors en dedans, et d'arrière en avant, c'est-à-dire dans le sens du déplacement. La tête une fois dégagée, on ramène le membre en dehors ; la traction des aides fut toujours modérée ; M. Barrier, embrassant la partie supérieure de la cuisse avec ses deux mains, pousse vers la cavité cotyloïde la tête du fémur en agissant sur le grand trochanter, et opère presque lui seul la réduction. Aucun bruit n'a signalé l'entrée de l'os dans la cavité ; mais la réduction était évidente pour tout le monde ; la bonne conformation du membre, la possibilité des mouvements, ne permettaient aucun doute à cet égard.

Les deux membres inférieurs sont alors fixés, l'un à l'autre, au moyen de quelques tours de bande ; le malade reste pendant une heure sous l'influence de l'éther : à son réveil, il nous dit n'avoir rien senti.

26 Mars. On fait exécuter quelques mouvements au membre luxé ; ils sont douloureux : cataplasme arrosé avec l'eau blanche sur la hanche.

28. On réitère les mouvements qui sont moins douloureux.

2 Avril. Le malade se promène avec un bâton dans la salle.

7 Avril. Le malade sort guéri.

Quelques jours après, un cas semblable se présentait dans le service de M. Bouchacourt : les mêmes moyens eurent le même succès.

Le sujet, Pierre Fromont, agent de change, âgé de 50 ans, d'un tempérament mixte et d'une bonne constitution, à la suite d'une querelle de ménage et au milieu de l'ivresse, s'était précipité, dans la nuit du 15 au 16 Avril, d'un cinquième étage dans une cour.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 16 Avril, salle d'Orléans, nº 4, on constata chez lui une fracture du bras et une luxation en bas et en arrière sur l'échancrure ischiatique du fémur gauche, avec adduction très-prononcée et persistance de quelques mouvements. D'après l'exemple donné quelques jours auparavant par M. Barrier, M. Bouchacourt a employé les inhalations d'éther.

Le sommeil s'est fait assez long-temps attendre, comme chez la

plupart des hommes qui abusent des alcooliques. Pour éviter un transport douloureux au malade, on procéda à la réduction dans son lit même. Quand le sommeil fut survenu, la tête du fémur rentra dans sa cavité, presque sans efforts, en faisant entendre un bruit caractéristique.

Depuis cette époque, nous avons vu réduire de la même manière plusieurs luxations de la hanche par la méthode ordinaire ; nous croyons qu'on pourra se passer désormais de ces machines destinées à multiplier les tractions. Nous n'avons jamais vu employer la méthode de M. Després, qui se recommande par sa simplicité et les services réels qu'elle a déjà rendus. On peut concevoir que l'éthérisation devra singulièrement faciliter les manœuvres que le chirurgien devra exécuter.

De toutes les luxations, celles de l'épaule sont certainement les plus fréquentes et les plus faciles à réduire; aussi, quand l'accident est récent, est-il le plus souvent inutile de recourir à l'éther. Nous ne citerons que la suivante, qui, par la spontanéité de sa réduction, fut un sujet d'étonnement pour le chirurgien et les assistants.

Une femme d'une constitution vigoureuse, âgée de 54 ans, aveugle, tomba, le 11 Décembre 1847, sur le bras étendu en avant. Transportée immédiatement à l'Hôtel-Dieu, salle St-Paul, n° 95, service de M. Pétrequin, on constata une luxation sous-claviculaire.

A son entrée, compresse d'eau blanche sur l'épaule malade ; tisane d'arnica.

Le lendemain, 12 Décembre 1847, les signes de la luxation n'ont pas changé ; il ne s'est manifesté aucun gonflement : on se propose de réduire la luxation.

La malade est préalablement endormie avec l'éther ; après dix minutes d'inhalation, elle devient insensible, et se livre à des accès de joie et d'hilarité extraordinaire. Tout à coup, sans efforts, sans traction, spontanément, sous l'influence du relâchement des muscles, la luxation se réduit. L'humérus déplacé est rentré dans sa cavité. Les signes du déplacement disparaissent ; la malade peut exécuter tous les mouvements possibles. On maintient la luxation réduite, au moyen du bandage de M. Velpeau pour les fractures de la clavicule ; l'épaule

est recouverte de compresses imbibées d'eau blanche. Potion calmante ; régime ordinaire.

Le soir, la malade va très-bien ; elle ne ressent aucune douleur ; point de gonflement.

Le 13 Décembre, les mouvements du bras s'exécutent en toute liberté ; on laisse le bras fixé au tronc au moyen du bandage ; la malade réclame sa sortie.

Nous avons vu plusieurs luxations scapulo-humérales, qui avaient résisté à des tractions assez fortes, être réduites, après l'éthérisation, avec la plus grande facilité, par les mains du chirurgien, sans le secours d'aucun aide. On peut même parfois produire et réduire la luxation sans aucune difficulté ; aussi doit-on avoir soin de contenir avec précaution, une fois la réduction opérée.

Parmi les articulations condyloïdiennes, nous citerons encore une luxation de la mâchoire, que nous avons eu occasion de réduire avec notre collègue et ami E. Gallois.

Luxation de la mâchoire inférieure. Emploi du chloroforme. Réduction facile.

Chez une femme âgée de 25 à 26 ans, d'une forte constitution et d'un tempérament lymphatique, nous avons réduit une luxation des deux condyles du maxillaire inférieur. Cette femme avait déjà éprouvé six fois le même accident, quand dans la nuit du 17 au 18 Mars 1849, elle fut réveillée par les cris de son enfant, et se luxa pour la 7e fois la mâchoire en éprouvant un bâillement. On l'amena immédiatement à l'Hôtel-Dieu, à 2 heures du matin, et l'on essaya vainement de réduire la luxation. Les douleurs et la contraction des muscles avaient rendu la tentative inutile. A 6 heures du matin, la malade étant revenue, nous pûmes constater les particularités suivantes :

Allongement de la face, aplatissement des joues, projection de la mâchoire inférieure en avant, bouche légèrement entr'ouverte, arcades alvéolaires inférieures avancées ne correspondant plus aux supérieures; dépression vers le conduit auditif, au niveau de l'articulation tem-

poro-maxillaire; apophyse coronoïde arc-boutant en avant contre l'os malaire. Douleurs très-vives dans l'articulation luxée. Excrétion abondante de salive.

Après avoir reconnu la luxation des deux condyles de la mâchoire inférieure aux signes précités, nous nous disposâmes à réduire.

La malade, vigoureusement constituée, fut soumise à l'inhalation du chloroforme. Trois minutes suffirent pour produire une détente musculaire générale avec résolution complète. Nous abaissâmes fortement le maxillaire inférieur pour dégager l'apophyse coronoïde ; puis, introduisant une planchette entre les molaires, nous fîmes exécuter à ce levier un mouvement de bascule qui déplaça le condyle gauche. Les obstacles à la réduction étant diminués, nous appliquâmes fortement les deux pouces, parallèlement aux arcades alvéolaires, sur les dernières molaires ; puis, abaissant le maxillaire en masse, et le repoussant en arrière, nous le fîmes brusquement rentrer dans sa cavité.

Les signes de la luxation avaient disparu ; la réduction fut maintenue au moyen d'une cravate passée sous le menton, la malade ne pouvant supporter le bandage en fronde. Nous recommandâmes le repos, l'usage des aliments liquides, et la malade rentra dans ses foyers.

Nous avons vu des luxations du coude, du genou, du pouce, rester irréductibles, et nécessiter l'emploi de l'éther.

Les agents anesthésiques nous offrent encore un moyen précieux pour certaines complications. Un gonflement considérable a souvent fait ajourner la réduction ; le chirurgien s'est souvent demandé s'il y avait avantage à opérer quand la luxation coexistait avec une fracture. On prévoit toute la difficulté de pareilles complications, tous les inconvénients, les dangers de tractions exercées dans ces circonstances : il était bien permis d'hésiter devant la douleur et la crainte des accidents consécutifs. Avec la découverte des inhalations éthérées, la conduite des chirurgiens est devenue moins timide.

Dans le mois d'Avril 1847, un médecin distingué de la ville de Lyon fit une violente chute sur l'épaule droite, le bras étant écarté du tronc. Une luxation de l'épaule avec une contusion, un gonfle-

ment considérable , en furent la suite. On hésita d'abord à entreprendre la réduction immédiatement ; le malade lui-même s'y refusait.

M. Bouchacourt persuada à son client de se laisser éthériser. La réduction s'opéra sans grands efforts ; quelques compresses furent appliquées sur les parties contuses, et l'engorgement disparut rapidement.

Nous pensons que , dans des cas analogues , la même pratique pourra être suivie ; la réduction n'est pas indifférente pour la résolution des épanchements des infiltrations sanguines, la circulation étant souvent gênée par les déplacements osseux.

Luxation du coude avec fracture du radius. Contusion et gonflement énorme des parties molles. Réduction immédiate.

Nous avons vu réduire une luxation du coude dans les circonstances suivantes : un homme, dans la force de l'âge, et doué d'une constitution vigoureuse, se présenta à l'Hôtel-Dieu, où il fut admis, le 1er Août 1850, le lendemain de l'accident.

On constata une fracture du radius vers le tiers intérieur, puis un gonflement énorme du coude. Malgré l'état de délabrement des parties, M. Barrier reconnut une luxation du coude, et se prépara à la réduire. Un bandage fut d'abord appliqué sur la fracture du radius; puis, des lacs étant convenablement disposés pour l'extension et la contre-extension, le malade préalablement éthérisé, M. Barrier fit pratiquer des tractions sur l'avant-bras, et se chargea lui-même de la coaptation. On entendit presque aussitôt un craquement caractéristique de la rentrée de l'os dans sa cavité : à l'instant, les douleurs cessèrent, le gonflement diminua, et les mouvements d'extension et de flexion purent s'effectuer.

Dans quelques circonstances , la tête osseuse, après avoir rompu les ligaments, s'engage à travers les fibres musculaires qui jouent alors le rôle de boutonnière ; on aura tout avantage à prévenir leur contraction par l'éthérisation.

Luxations anciennes.

Dans les luxations anciennes, en même temps que les os se modifient dans leur forme, les parties fibreuses et musculaires environnantes se dévient, s'allongent ou se rétractent pour se conformer à la disposition nouvelle du squelette; il se forme une pseudarthrose remarquable par la solidité et la rigidité des moyens d'union. Ce n'est plus seulement la contraction musculaire qu'il faut vaincre : c'est contre la résistance d'un tissu cicatriciel qu'il faut lutter de vive force pour disjoindre les deux surfaces accidentellement réunies. Si les inspirations anesthésiques ne peuvent rien contre la résistance toute physique des ligaments, elles préparent les contractions toniques des muscles à se laisser distendre; elles préviennent la douleur, et empêchent les contractions volontaires ou instinctives. Nous ne doutons pas que beaucoup de luxations anciennes, réfractaires aux moyens ordinaires, ne cèdent à l'influence anesthésique.

On lira avec beaucoup d'intérêt les observations que M. Bouchacourt a publiées à ce sujet. M. Bouisson a pu réduire une luxation en arrière datant de cinq semaines, au moyen de l'éthérisation, après des tentatives infructueuses sans ce moyen.

Nous devons à l'obligeance de M. Valette l'observation suivante; elle est concluante.

Claude Carle, âgé de 62 ans, cultivateur, entra à l'Hôtel-Dieu le 24 Avril 1850. Cet homme présentait une luxation coraco-claviculaire datant de 42 jours. Plusieurs tentatives avaient été faites, mais sans succès. Le lendemain de son arrivée, on se proposa de réduire. Le malade redoutant l'éthérisation, on essaya la réduction par la méthode et le procédé ordinaires. Les tractions ayant été sans résultat, on les augmenta successivement, à tel point que le chirurgien, craignant quelque rupture, engagea de nouveau le malade à se soumettre à l'éthérisation, ou à se retirer : celui-ci se rendit alors, et fut endormi.

Dès les premières tractions, qui furent beaucoup plus modérées que les précédentes, il se fit un craquement; les adhérences anormales

venaient de se rompre ; la tête de l'humérus était rentrée dans sa cavité ; l'épaule avait repris sa forme et sa conformation naturelles ; les mouvements du bras, quoique difficiles, pouvaient s'effectuer. Quinze jours après, le membre jouissait de sa mobilité ordinaire et de sa liberté d'action.

M. Maisonneuve, dans la séance du 3 Juillet 1850, a entretenu la Société de chirurgie de l'observation d'un homme qui portait depuis trois mois une luxation sous-pectorale du bras droit, et qu'il réduisit avec facilité au moyen de l'éthérisation.

Cette luxation avait résisté à un grand nombre de tentatives pratiquées par plusieurs praticiens : M. Velpeau, lui-même, qui les avait renouvelées en dernier lieu, n'avait pu opérer la réduction, et y avait renoncé dans la crainte d'accidents graves.

Voici le jugement de M. Maisonneuve sur la nouvelle méthode pour les luxations anciennes : « A l'aide de cet agent (le chloroforme), on réussira le plus souvent ; je n'ai pas voulu dire toujours, quoique ce fût le fond de ma pensée, surtout si les tractions sont bien dirigées. Est-ce que par des efforts méthodiques, des tractions, des mouvements de circumduction, on ne rompra pas toutes les adhérences fibreuses ? »

Nous ne croyons pas que ce jugement soit définitif : il pourrait pousser le zèle du chirurgien jusqu'à la témérité. Tout en reconnaissant la supériorité de la nouvelle méthode, nous n'oublierons pas les préceptes sages d'un de nos maîtres que nous avons eu bien souvent occasion de citer : « Quelle que soit l'utilité de l'éther, il ne faut pas négliger les autres éléments de l'opération ; placer le membre dans la meilleure position, appliquer les tractions suivant une bonne direction ; faire choix du procédé, des moyens mécaniques les plus opportuns ; se conformer aux préceptes généralement reçus dans la thérapeutique des luxations ; et surtout *le chirurgien devra se rappeler que, la force de résistance se trouvant considérablement diminuée, les efforts de traction devront être moins considérables.* »

L'observation qui suit a gravé profondément dans notre mémoire cette règle de conduite.

Joseph Phani, âgé de 54 ans, cultivateur, se présenta à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 19 Mai 1850 : à son arrivée, on reconnut une luxation axillaire de l'articulation scapulo-humérale. Le malade nous raconta qu'il était tombé sur l'épaule trois mois auparavant. Un rebouteur en renom, appelé à la hâte, avait exercé sur le bras les tractions d'usage. Elles furent sans succès, et l'opérateur s'était retiré en disant que les douleurs et la déformation disparaîtraient d'elles-mêmes, et que le membre reprendrait plus tard l'usage de ses mouvements.

Après avoir vainement attendu pendant trois mois, le malade était venu demander à l'Hôtel-Dieu une guérison plus radicale.

Dès le lendemain de son arrivée, la réduction fut tentée ; on éthérisa ; trois aides vigoureux pratiquèrent l'extension. Les tractions graduellement croissantes restèrent d'abord sans résultat, puis tout à coup on entendit un craquement, et l'on vit l'humérus faire saillie à travers les téguments dans le creux de l'aisselle. On reconduisit le malade à son lit, et, bientôt après, on put constater une rougeur, une tuméfaction considérables, s'étendant à toute l'épaule et à la partie correspondante du thorax. Des accidents adynamiques se déclarèrent. Trois jours après, nous pûmes constater sur le cadavre les désordres suivants : fracture de l'extrémité externe de la clavicule, de l'humérus vers son col chirurgical, rupture des fibres du grand ou petit pectoral, déchirure de la peau dans le creux axillaire, vaste épanchement sanguin dans l'article ; le vaisseau principal et les cordons nerveux étaient intacts; quelques ramifications vasculaires d'un petit calibre avaient seules été divisées.

Et pourtant les tractions avaient été dirigées par une main habile, et n'avaient pas dépassé une certaine mesure.

Luxations spontanées.

Dans les luxations spontanées, la douleur qui les accompagne, les épanchements articulaires, les déformations des surfaces osseuses,

produisent quelquefois des déplacements incomplets auxquels il est difficile de remédier. Le malade trouve quelquefois, dans une position vicieuse, un soulagement qu'il recherche instinctivement; mais cette position a pour résultat de donner au membre une direction peu favorable; elle amène des rétractions musculaires qui ont des conséquences si incommodes, que nous avons vu des chirurgiens se rendre aux instances des malades qui désiraient à tout prix se débarrasser d'un membre inférieur pour y substituer un membre artificiel.

La méthode anesthésique a réussi dans cette circonstance, et MM. Giraldès, Pitha de Prugues, ont obtenu, par ce moyen, des succès avantageux. M. Bonnet de Lyon a souvent appelé notre attention sur ce point, et nous l'avons vu réduire, avec un bonheur inespéré, une luxation spontanée du genou. M. Bouisson s'est heureusement servi de ce moyen pour redresser un genou vicieusement fléchi par l'effet d'une arthrite chronique.

Nous l'avons déjà répété, et d'autres l'ont dit avant nous, la découverte des agents anesthésiques a changé la face de la thérapeutique pour la réduction des luxations : c'est une arme puissante qu'il faut manier avec réserve. Nous ne pensons pas que, dans les luxations récentes, la première indication soit d'éthériser le malade: il en est qui se réduisent avec la plus grande facilité sans ce moyen ; mais si de premières tentatives ont échoué, si des complications menacent de rendre l'opération trop douloureuse, si on a à redouter des contractions musculaires trop énergiques, si des adhérences anciennes font présumer une résistance trop forte, le chirurgien n'aura plus à hésiter qu'entre le choix des moyens anesthésiques.

Ce serait ici le lieu de discuter les avantages et les inconvénients respectifs de l'éther et du chloroforme, les seuls agents qui puissent entrer en sérieuse comparaison. Au point de vue pratique, plusieurs questions se présentent : la facilité dans l'administration, la rapidité des effets, une sédation plus complète du système musculaire, sont les avantages incontestables que possède le chloroforme; mais, pour nous, la question d'innocuité domine toutes les autres. Or, le nombre des cas de mort par l'emploi du chloroforme est incomparablement

plus grand que par l'éther. Deux accidents arrivés sous nos yeux légitimeront peut-être une prévention exagérée de notre part contre un agent qui partage encore la confiance des chirurgiens et des malades.

Lorsqu'on a recours à la méthode anesthésique pour faciliter la réduction des luxations, on ne devra pas oublier les principes fondamentaux de l'éthérisation sur les indications et contre-indications, sur la position la plus favorable à donner au malade. On devra se rappeler que ce n'est pas seulement la suspension de la sensibilité qu'on veut obtenir, mais surtout l'annihilation de la faculté motrice, l'acinésie.

Pour compléter notre travail, nous aurions dû étudier l'action physiologique des agents anesthésiques sur les muscles de la vie organique, de la vie animale; sur certains muscles en particulier, les muscles respiratoires, les sphincters; l'influence que reçoivent de ces agents certains organes, la vessie, l'utérus, etc. Il nous faudrait rechercher si, comme l'a avancé M. Flourens, l'éther inhalé détruit la sensibilité avant la motilité, l'éther injecté détruit la motricité avant la sensibilité; ou bien si, comme le pense M. Longet, avec la plupart des physiologistes, la contractilité n'est qu'une conséquence de la sensibilité. Ces questions, pleines d'intérêt, exigent de nouvelles expériences, de nouvelles observations; elles nécessitent des détails que ne comportent pas les bornes que nous avons assignées à notre tâche : ce sera, nous l'espérons, le sujet d'un nouveau mémoire.

FIN.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT,

AUXQUELLES LE CANDIDAT DOIT RÉPONDRE VERBALEMENT

D'après l'arrêté du 22 Mars 1842.

CHIMIE MÉDICALE ET PHARMACIE.

Exposer les principales opinions qui ont été émises sur l'origine et le mode de propagation des vers intestinaux.

CHIMIE GÉNÉRALE ET TOXICOLOGIE.

Faire connaître les phénomènes auxquels donnent lieu l'action de l'hydrogène sur les oxides métalliques.

BOTANIQUE.

Quelles sont les circonstances dans lesquelles les végétaux sont le plus couverts de poils ou de duvet ?

ANATOMIE.

Les nerfs des os accompagnent-ils les vaisseaux nourriciers ?

PHYSIOLOGIE.

Qu'est-ce que l'anthropopée ?

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE GENÉRALES.

Classifications générales des modalités, des conditions et des effets, des causes, en pathologie.

PATHOLOGIE MÉDICALE OU INTERNE.

De l'aphonie.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE OU EXTERNE.

La fistule à l'anus peut-elle être la conséquence des tumeurs hémorrhoïdales?

THERAPEUTIQUE ET MATIÈRE MEDICALE.

Quelles sont les sources où la thérapeutique va puiser les agents de la guérison ?

OPÉRATIONS ET APPAREILS.

Des avantages et des inconvénients des espèces de sutures dans le traitement des maladies chirurgicales.

MÉDECINE LÉGALE.

Du suicide au point de vue médico-légal.

HYGIÈNE.

Les infirmités sont-elles du domaine de l'hygiène?

ACCOUCHEMENTS.

Dans le prolapsus du cordon ombilical, préciser les cas dans lesquels on doit abandonner le travail de l'enfantement aux soins de la nature, et celui dans lesquels l'art doit intervenir.

CLINIQUE INTERNE.

De l'hémorrhagie nasale sous le point de vue du pronostic.

CLINIQUE EXTERNE.

Du catarrhe vésical et du traitement qu'il réclame.

TITRE DE LA THÈSE A SOUTENIR.

Des avantages pratiques de l'éther et du chloroforme comme acinésiques; musculaires de leur emploi dans la réduction des luxations.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM.

BÉRARD ❋, Doyen.	*Chimie générale et Toxicologie.*
LORDAT O. ❋.	*Physiologie.*
CAIZERGUES O. ❋.	*Clinique médicale.*
DUPORTAL ❋.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL O. ❋.	*Anatomie.*
GOLFIN ❋, Examinateur.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES ❋, Président.	*Hygiène.*
RECH ❋.	*Pathologie médicale.*
RENÉ ❋.	*Medecine légale.*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
BOUISSON ❋.	*Clinique chirurgicale.*
BOYER.	*Pathologie externe.*
I. DUMAS.	*Accouchements.*
FUSTER.	*Clinique médicale.*
JAUMES.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ALQUIÉ.	*Clinique chirurgicale.*
N....	*Botanique.*

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. LALLEMAND. O. ❋, *Membre de l'Institut.*

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. CHRESTIEN.
BROUSSE.
PARLIER ❋.
BARRE.
BOURELY.
BENOIT.
QUISSAC.

MM. LOMBARD.
ANGLADA, Examinateur.
LASSALVY, Examinateur.
COMBAL.
COURTY.
BOURDEL.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MATIÈRE DES EXAMENS.

1er **Examen.** *Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle, Pharmacologie.*

2e **Examen.** *Anatomie, physiologie.* (Préparations anatomiques.)

3e **Examen.** *Pathologie interne et externe.* (Opérations.)

4e **Examen.** *Thérapeutique, Hygiène, Matière médicale, Médecine légale.* (Composition française.)

5e **Examen.** *Accouchements, Clinique interne et externe.* (Examen au lit du malade ; composition latine.) *Fournir les observations recueillies au lit du malade, et présenter des certificats de stage dans les hôpitaux, signés des Professeurs de clinique médicale et de clinique chirurgicale.*

6e **Examen.** *Présenter et soutenir une Thèse.*

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être-Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés; et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères, si j'y manque!